

.....  
Pieczęć zakładu pracy

Dane identyfikacyjne płatnika składek

NIP .....

Regon .....

Dane identyfikacyjne ubezpieczonego

NIP .....

PESEL.....

### Zaświadczenie płatnika składek

Zaświadcza się, że pracownik .....

zamieszkały .....

jest zatrudniony i zgłoszony do ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego **od dnia** .....

na podstawie umowy o pracę na określony / nie określony /\* **do dnia** .....

Na dzień zgonu tj. .... zmarły/a podlegał/a ubezpieczeniu emerytalno – rentowemu.

Liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia (w całej firmie) .....

\* niepotrzebne skreślić

.....  
data, podpis osoby upoważnionej

### **UWAGA!**

**W przypadku rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem lub likwidacji zakładu pracy zobowiązuje się powiadomić ZUS wydział zasiłków.**